

DEINSTITUCIONALIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE: PŘÍLEŽITOSTI, RIZIKA A PŘEDPOKLADY JEJÍ ÚSPĚŠNÉ IMPLEMENTACE

souborný článek

Monika Dvořáková^{1,2}
Lucie Kondrátová¹

¹Národní ústav duševního zdraví,
Klečany

²FF UK, Praha

Kontaktní adresa:

PhDr. Monika Dvořáková
Výzkumný program Sociální psy-
chiatric
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748
250 67 Klečany
e-mail: monika.dvorakova@nudz.cz

Tato studie je výsledkem badatelské činnosti podporované projektem „Včasné Intervence u Závažných Duševních Onemocnění“, který je spolufinancován z Evropského sociálního fondu a Státního rozpočtu ČR prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost.

SOUHRN

Dvořáková M, Kondrátová L. Deinstitutionalization of psychiatric care: opportunities, risks and preconditions for its successful implementation

Úvod: Reforma psychiatrické péče v českém prostředí rozšířila v posledních letech debaty o transformaci stávajících psychiatrických zařízení, o procesu deinstitutionalizace a o možnostech zavádění nových přístupů k poskytování péče osobám s duševním onemocněním.

Cíl: Cílem přehledového článku je na základě zahraničních zkušeností s procesem deinstitutionalizace analyzovat možná rizika a příležitosti, které může přinést proces deinstitutionalizace, a diskutovat je v kontextu probíhající reformy psychiatrické péče v České republice.

Metoda: Údaje prezentované v tomto článku čerpají ze systematických rešerší a z výzkumných studií, které se zaměřovaly na vyhodnocení deinstitutionalizace v zemích, které již tímto procesem prošly – se zaměřením na Velkou Británii, USA a Itálii. Data jsou prezentována metodou narativní syntézy.

Výsledky: Zahraniční zkušenosti ukazují, že přesun dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do komunitních podmínek vede ke zlepšení kvality života, zlepšení fungování v oblasti autonomie a vyjadřování vůle, dále ke snížení symptomů spojených s úzkostí a depresí a zlepšení kvality a kvantity sociálních vztahů. Současně nebylo nedávnými

SUMMARY

Dvořáková M, Kondrátová L. Deinstitutionalization of psychiatry care: opportunities, risks and preconditions for its successful implementation

Introduction: The psychiatric care reform in the Czech Republic has recently opened debates on the transformation of psychiatric facilities, the process of deinstitutionalization and possibilities of an implementation of new approaches to providing care to people with a mental illness.

Objective: The aim of the review article is to analyse possible risks and opportunities of the deinstitutionalization and discuss them in the context of the ongoing psychiatric care reform in the Czech Republic.

Method: The data presented in the article draws on systematic reviews and research studies that have focused on evaluation of the deinstitutionalization in countries that have already gone through this process, with a focus on the UK, USA and Italy. The data are presented via narrative synthesis.

Results: Foreign experience shows that a transfer of long-term hospitalized patients to community improves quality of life, leads to improvement in autonomy, expression of will, quality and quantity of social relationships and reduces symptoms of anxiety and depression. At the same time, recent reviews have not confirmed that the deinstitutionalization

přehledovými studii potvrzeno, že by proces deinstitucionalizace vedl ke zvýšení úmrtnosti, bezdomovectví nebo kriminality. Dostupná evidence zároveň ukazuje, že deinstitucionalizace psychiatrické péče přináší v dlouhodobém horizontu potenciál snížení nákladů na péči.

Diskuse: Předpokladem úspěšného procesu deinstitucionalizace je systematické rozvíjení komunitních služeb péče o duševní zdraví a zajištění dostupného bydlení pro osoby s duševním onemocněním. Vedle systematického budování komunitních služeb lze proces deinstitucionalizace podpořit prostřednictvím preventivně-detekčních služeb, podpory neformálních pečovatelských a dalších zdrojů klienta.

Klíčová slova: Deinstitucionalizace, komunitní psychiatrie, komunitní péče, transformace psychiatrické péče, duševní zdraví, reforma psychiatrické péče, včasná intervence.

process would lead to increased mortality, homelessness or criminality. There is also an evidence that deinstitutionalization of psychiatric care has the potential to reduce the cost of care in the long term horizon.

Discussion: A precondition for a successful deinstitutionalization is a systematic community mental health care development and a provision of affordable housing for people with a mental illness. In addition to the systematic building of community services, the deinstitutionalization process can also be promoted through preventive-detection services, support for informal carers and other client resources.

Key words: Deinstitutionalization, community psychiatry, community care, transformation of psychiatry care, mental health, mental health reform, early interventions.

ÚVOD

Po dekády převládající model péče o osoby s duševním onemocněním založený na velkých psychiatrických institucích postupně ustupuje, a to především v důsledku rozšíření důrazu na lidská práva a díky evidenci o efektivitě modelů péče kombinujících institucionální a komunitní služby.^{1–4} Novým paradigmatem se v oblasti psychiatrické péče stává tzv. vyvážený model péče (balanced model of care), jenž je postaven na principu recovery neboli zotavení a který klade důraz na spolupráci komunitních a lůžkových služeb v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním.^{5,6} Deinstitucionalizace je procesem, který je plně v souladu s „vyváženým“ modelem péče, jelikož upřednostňuje služby komunitního typu pro osoby se závažným a dlouhodobým duševním onemocněním oproti dlouhodobým pobytům v psychiatrických nemocnicích. Idea deinstitucionalizace je postavena na postupném odklonu od institucionálního modelu péče a je založena na principu: (a) prosazování adekvátních služeb komunitního typu oproti hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, (b) propuštění dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, kteří jsou na takovou změnu dostatečně připraveni, do komunitních podmínek a (c) zavedení a zajištění udržitelnosti systému komunitních služeb péče o duševního zdraví.¹

Deinstitucionalizace se stala politikou prosazovanou Světovou zdravotnickou organizací relativně nedávno,⁷ některé země, jako Velká Británie, Itálie či USA, však ideu deinstitucionalizace prosazují již po několik desetiletí. Země

bývalého východního bloku v důsledku existence železné opony tento postup zpočátku nenásledovaly a psychiatrická péče je v tomto regionu stále postavena především na lůžkových zařízeních.⁸ Nicméně většina zemí střední a východní Evropy se od 90. let 20. století k trendu deinstitucionalizace postupně připojuje a i díky úsilí Světové zdravotnické organizace byly snahy o transformaci péče v tomto regionu v posledních letech zesíleny. Navzdory tomu jsou však ideály deinstitucionalizace zpochybňovány, jak dokládá i nedávno vyvolaná veřejná debata reagující na výroky prezidenta Donalda Trumpa o znovuvybudování psychiatrických nemocnic v USA, které byly systematicky rušeny od 50. let minulého století.^{9,10}

Cílem tohoto přehledového článku je představit zkušenosti s deinstitucionalizací ze zemí, které již tímto procesem prošly, analyzovat úspěšné a méně úspěšné modely deinstitucionalizace společně s důvody, které celý proces i jeho výsledek ovlivňovaly, a diskutovat vhodná opatření v kontextu českého systému psychiatrické péče.

DEINSTITUCIONALIZACE VE VYBRANÝCH ZEMÍCH

Velká Británie byla první zemí, v níž byly snahy o odklon od tradičních institucionálních zařízení, objevující se již od 50. let 20. století, legislativně ukotveny. Po vydání Zákona o duševním zdraví v roce 1959 (Mental Health Act)

započalo pomyslné otevírání dveří v psychiatrických nemocnicích a jádro péče bylo přesunuto do komunitního prostředí.¹¹ Zhruba ve stejném období jako ve Velké Británii se iniciativy směřující k zajištění humánnější a efektivnější péče pro osoby s duševním onemocněním objevily i v USA. Americká psychiatrická reforma započala v 60. letech a spustila masivní přesun hospitalizovaných pacientů ze státních psychiatrických institucí do komunitně orientovaných služeb.¹² Jako příklad radikální deinstitutionalizace lze uvést antipsychiatrický přístup reprezentovaný hnutím Franca Basaglia, jehož počátek lze datovat do 70. let 20. století a jenž vedl k úplnému zrušení psychiatrických nemocnic v Itálii.¹³ Na příkladu těchto tří zemí je možné sledovat odlišné přístupy k plánování transformace psychiatrické péče a zároveň tři rozličné výsledky snah o deinstitutionalizaci.

Z hlediska hodnocení úspěšnosti naplňování idey deinstitutionalizace lze konstatovat, že nejméně úspěšná byla deinstitutionalizace v USA. V roce 1963 prezident J. F. Kennedy podepsal Zákon o komunitním duševním zdraví (Community Mental Health Act), kterým stvrdil zahájení deinstitutionalizace velkých psychiatrických institucí. Z více než půl milionu v USA hospitalizovaných pacientů v 50. letech minulého století čítala populace pacientů v psychiatrických nemocnicích na konci 90. let jen 38 tisíc, což představuje redukci lůžek v psychiatrických nemocnicích o 92,5 %. Za zdánlivě přesvědčivým úspěchem snižování psychiatrických lůžek v USA však stojí nezdary, kdy dle odhadů zůstalo 40 % z propuštěných pacientů bez domova anebo se dostalo do vězení. Příslib velkých investic na vybudování komunitních center duševního zdraví, kterých mělo vzniknout přes 2 tisíce napříč USA a kterých vzniklo jen několik set, ztroskotat na nesystematickém budování a nedostatečném finančním zajištění komunitních služeb.¹² Stejně tak v Itálii byla idea radikální transformace v roce 1978 legislativně podpořena tzv. Basagliovým zákonem 180, který paralelně s požadavkem na zrušení psychiatrických lůžek ukotvil potřebu vytváření komunitních služeb duševního zdraví. V Itálii vzniklo první centrum pro duševní zdraví (Centro di Salute Mentale) v polovině 80. let a jádro péče se postupně přesunulo z nemocničního do komunitního prostředí.¹⁴ Tento zákon rovněž udával, že nebude docházet k novému přijímání pacientů do psychiatrických nemocnic, proces postupného a koordinovaného rušení psychiatrických lůžek však trval dvě desetiletí. V současnosti nedisponuje Itálie žádnými psychiatrickými nemocnicemi, pacientům s akutními psychiatrickými problémy jsou však stále k dispozici akutní lůžka ve všeobecných nemocnicích a odlehčovací lůžka v komunitních centrech.¹³ Ve třetím výše zmíněném příkladu, tedy ve Velké Británii, byla hlavní hybnou silou restrukturalizace psychiatrické péče veřejná a morální potřeba změny systému péče o duševní zdraví, která se opírala o zvyšující se důraz na lidská práva. Současně proces zahájení deinstitutionalizace podnítil pokrok ve společenských vědách a filozofii, které kritizovaly ústavní psychiatrii a poukazyvaly na fakt, že léčba v komunitě nabízí méně zraňující prostředí. Proces deinstitutionalizace ve Velké Británii stavěl na třech pilířích: propouštění či přesun pacientů do komunitních podmínek, odklon od přijímání nových pacientů a rozvoj alternativních komunitních

služeb. Restrukturalizace systému psychiatrické péče zde započala v 60. letech, kdy bylo omezeno přijímání nových pacientů. Hlavní etapa změn však nastala v 80. letech, především v souvislosti s úplným uzavřením první psychiatrické nemocnice v roce 1986.¹⁵

PŘÍLEŽITOSTI PROCESU DEINSTITUCIONALIZACE

Humanizace a destigmatizace péče

První a nejzásadnější příležitostí, kterou proces deinstitutionalizace přináší, je možnost podpořit humanizaci psychiatrické péče. Příkladem může být Basagliovo hnutí, které cílilo na celkovou humanizaci psychiatrické péče, tedy způsob, jak navrátit pacientům s duševním onemocněním důstojnost, napomoci jim zbavit se stigmatu a popírání jejich identity,¹⁴ stejně jako v Británii, kde vznikající komunitní služby byly vedeny vizí odrážet skutečnost, že lidé se zdravotním omezením jsou plnohodnotnými členy společnosti.¹⁶ Klíčovým aspektem novodobé psychiatrické péče jsou i moderní psychofarmaka, která otevírají dveře humanizaci psychiatrické péče přesunutím léčby do přirozených podmínek pacientů. Zatímco v minulosti byly psychiatrické nemocnice ústředním místem psychiatrické léčby, jelikož jiná než ústavní péče nebyla kvůli absenci vhodných psychofarmak možná,¹⁷ v současnosti dosáhl vývoj psychofarmak takových výsledků, že skrze nastavení vhodných psychofarmak a vhodných služeb lze dosáhnout efektivní léčby bez nutnosti hospitalizace v ústavní péči.

Velké psychiatrické instituce nadto nejsou plně v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením,¹⁸ v mnoha případech slouží jako náhrada za zařízení sociální péče, jelikož v komunitních podmínkách neexistují alternativní služby. Tato situace může být u řady pacientů důvodem k dlouhodobému setrvání v psychiatrické nemocnici.¹⁹ Nutným předpokladem pro humanizaci péče je nejenom restrukturalizace služeb psychiatrické péče, zavedení interdisciplinárního přístupu a reorientace pracovníků psychiatrické péče na poskytování vysoce individualizované péče,²⁰ ale taktéž otázka destigmatizace psychiatrie. Výzkumné studie realizované v českém prostředí poukazují na skutečnost, že oproti jiným zemím je v České republice vysoká míra stigmatizace osob s duševním onemocněním zachytitelná nejenom v běžné populaci,²¹ ale rovněž u lékařů.²²

Snížení symptomů a zvyšování kvality života

Z hlediska úrovně individuální, tedy z hlediska pacientů, kteří jsou v rámci procesu deinstitutionalizace propuštěni z lůžkové péče, je primární příležitostí tohoto procesu snížení symptomů onemocnění, zlepšení fungování a zvýšení kvality jejich života. Například klinické výsledky z výzkumu, který sledoval implementaci italského zákona 180 a který zahrnoval 176 dlouhodobých pacientů propuštěných ze dvou psychiatrických nemocnic v severní Itálii, prokázaly po čtyřech letech sledování snížení symp-

tomů spojených s úzkostí a depresí, zlepšení v oblasti autonomie, socializace, vyjadřování vůle a zároveň ve sledovaných klinických, sociálních a vztahových oblastech nedošlo k žádnému zhoršení.²³ Z výsledků studie sledující pacienty, kteří byli hospitalizováni déle než rok ve dvou velkých psychiatrických nemocnicích v Londýně, dále vyplývá, že u pacientů po roce od propuštění nebyly v porovnání s kontrolní skupinou dlouhodobě hospitalizovaných prokázány rozdíly v závažnosti symptomů ani v úmrtnosti, ale naopak došlo k významnému zvýšení kvality a kvantity sociálních vztahů a v preferencích pacientů žít v komunitních podmínkách.²⁴ Taktéž systematické rešerše zaměřující se na efektivitu propuštění v rámci deinstitucionalizačních opatření potvrzují, že přesun dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do komunitního prostředí vede ke snížení symptomů při stejném či sníženém dávkování psychofarmak, přispívá k jejich stabilizaci a ke snížení konzumace služeb,²⁵ zároveň se však u propuštěných pacientů nevyskytují ve zvýšené míře rizikové jevy, jako jsou kriminalita a bezdomovectví.^{25,26} Ve prospěch deinstitucionalizace rovněž hovoří studie, které se zaměřovaly na preferenci samotných uživatelů psychiatrických služeb a které přesvědčivě ukazují na jejich preferenci žít a čerpat služby v komunitních podmínkách.^{27–30}

Snížení nákladů na péči

Z hlediska systémové úrovně je nejvýznamnější příležitostí spojenou s procesem deinstitucionalizace potenciál snížení nákladů na péči, a to prostřednictvím zkracování pobytů v nemocnici a přesunu péče do ambulantní sféry. Ekonomickou efektivitu procesu deinstitucionalizace prokázala kanadská kohortová studie, kdy nejenže celkové náklady na péči o deinstitucionalizované pacienty byly oproti kontrolní skupině v průběhu desetiletého sledování nižší, ale navíc bylo prokázáno, že tento rozdíl se při dlouhodobém sledování prohlubuje (v prvním sledovaném období byl rozdíl 3 tisíce dolarů, přičemž v posledním období 14 tisíc dolarů).³¹ Příklad z USA z přelomu 80. a 90. let minulého století tento trend klesajících nákladů na péči v dlouhodobém horizontu rovněž potvrzuje: průměrné roční náklady na ambulantní a rezidenční komunitní služby pro osoby, které byly propuštěny z dlouhodobé hospitalizace, byly zhruba poloviční oproti vynaloženým nákladům na péči v psychiatrické nemocnici.³² Průkaznost o redukci finančních zdrojů při přesunu péče mimo instituce poskytuje také Nizozemsko, kde je psychiatrická péče v instituci vysoce nákladná, přičemž stejně kvalitní ambulantní péče vyjde zhruba na čtvrtinu.³³ Důkazy o ekonomické efektivitě deinstitucionalizace v českém prostředí přinesla studie, která hodnotila nákladovou efektivitu péče u pacientů propuštěných do komunitních podmínek v porovnání s kontrolní skupinou pacientů setrvávajících v psychiatrické nemocnici. Výstupy ročního šetření potvrzují, že náklady na péči v komunitě byly zhruba o polovinu nižší než péče v nemocnici. Ačkoliv kvalita života u pacientů v psychiatrických nemocnicích se ve sledovaném období mírně zvýšila, z hlediska pravidel analýz nákladové efektivitě nelze nemocniční péči pro osoby se závažným duševním onemocněním v České republice hodnotit jako nákladově efektivní.³⁴

Zapojení dalších subjektů

Transformace psychiatrické péče je komplexním procesem, který zahrnuje zapojení různých zainteresovaných subjektů a který vyžaduje postupnou práci na změně paradigmatu v přístupu k péči, který byl po desítky let prosazován. Změna systému postavená na snižování počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích a paralelní budování sítě zdrojů v přirozeném prostředí však vyžaduje nejenom vyšší angažovanost sociálních služeb, ale též vyšší zapojení nejbližšího okolí nemocného.³⁵ To potvrzují i zkušenosti ze zemí, kde již transformace psychiatrické péče směřem ke komunitnímu přístupu proběhla, např. z Velké Británie³⁶ a Austrálie.^{37–39} Vážná duševní onemocnění zasahují do života nemocného, ale i do fungování jeho rodiny a nejbližšího okolí zvláště závažným způsobem.^{3,40,41} Dalším z předpokladů úspěšného procesu transformace psychiatrické péče je systematické zapojování rodinných příslušníků a pečovateli tak, aby mohli za důstojných podmínek poskytovat podporu svým blízkým s duševním onemocněním. Zároveň by jim měly být otevřeny možnosti zasahovat do vývoje systému psychiatrické péče, s cílem přizpůsobit ho potřebám pečujících i jejich blízkých s duševním onemocněním.^{37,38} Právě aktivní zapojení zástupců patientských a rodičovských organizací do rozhodovacích procesů v době transformace systému péče je důležitou hybnou silou toho, aby realizované změny byly v souladu nejenom se zájmy poskytovatelů služeb, ale specificky i s potřebami pacientů a jejich rodinných příslušníků. Obhajoba práv osob s duševním onemocněním, kterou tyto organizace vykonávají, a jejich zapojení do rozhodovacích procesů jsou klíčové pro rozvoj a udržitelnost vyváženého modelu psychiatrické péče.^{30,42} S ohledem na obecný zájem udržitelnosti transformovaného systému je dále do plánování a implementace změn důležité zahrnout stávající pracovníky péče o duševní zdraví⁴³ a paralelně s tím uvědoměle pracovat s veřejností s cílem informovat o připravovaných změnách a současně destigmatizovat celou oblast psychiatrické péče.²⁷

RIZIKA PROCESU DEINSTITUCIONALIZACE

Syndrom otáčivých dveří

V případě nedostatku návazných služeb se stupňuje riziko zhoršení zdravotního stavu, a tím i riziko hospitalizace či opětovné hospitalizace. Analýza dat z Národního registru hospitalizovaných v ČR ukazuje, že rehospitalizace jsou poměrně časté jak u prvohospitalizací, tak u dlouhodobých hospitalizací. V ČR bylo v roce 2014 přijato a během let 2014 až 2016 propuštěno 1963 pacientů pro diagnózu psychotického okruhu (F2), u nichž se jednalo o první hospitalizaci, přičemž 480 osob (24,5 %) bylo rehospitalizováno pro duševní onemocnění do jednoho roku od propuštění, z toho bylo rehospitalizováno 241 osob (50,2 %) do tří měsíců od propuštění, 144 osob (30 %) v rámci jednoho měsíce a 101 osob (21 %) bylo rehospitalizováno do 14 dnů od ukončení hospitalizace.⁴⁴ Obdobně vysoké

jsou míry rehospitalizace u pacientů propuštěných z hospitalizace trávající déle než jeden rok. Z celkového počtu 2 197 propuštěných v letech 1998 až 2012 bylo 14,9% (n = 327) rehospitalizováno do 2 týdnů od propuštění.¹⁹ Tyto údaje upozorňují na rozvinutí tzv. fenoménu otáčivých dveří (revolving door phenomenon) i v silně institucionalizovaném prostředí, jehož je česká psychiatrická péče příkladem. Rozšíření fenoménu rehospitalizace je velkou zátěží nejenom pro samotné pacienty, kterým se s každou další hospitalizací výrazně zhoršuje celková prognóza jejich onemocnění, ale při zohlednění nákladů na hospitalizace, v porovnání s komunitní alternativou, představuje tento trend také vysoké náklady na zajištění systému psychiatrické péče.³⁴ Problém raných rehospitalizací (zpravidla definovaných do 90 dní od ukončení předchozí hospitalizace) významně zasahuje do mezilidských vztahů a nabourává sociální dovednosti znovu přijímaných pacientů,⁴⁵ zároveň je tento fenomén sycen nedostatečně fungující podpůrnou sítí pacienta, nedodržováním předepsané léčby a medikace,⁴⁶ ale také problémem nedostatečné návaznosti lůžkových a komunitních služeb.⁴⁷ Návaznost lůžkových a komunitních služeb je pak dále spojená s dalšími rizikovými jevy, jako je např. sebevražednost. Nedávná studie, která byla založena na detailní analýze 402 případů sebevražd během hospitalizace nebo do dvou měsíců od propuštění (z celkového počtu 137 290 pacientů propuštěných v letech 2008 až 2012), rovněž ukázala, že riziko sebevražednosti je nejvyšší v prvních 30 dnech od dne propuštění z nemocnice (55,1 %).⁴⁸

Transinstitucionalizace

S redukcí lůžek v psychiatrických nemocnicích a současně s propouštěním jejich pacientů bez adekvátního propojování s dostupnými službami v komunitě se může objevit riziko přesunu pacientů z jednoho ústavního zařízení do jiného. Příkladem může být uzavření psychiatrických nemocnic v USA, při němž došlo k tzv. transinstitucionalizaci⁴⁹ či reinstitucionalizaci¹¹ pacientů do pečovatelských domů nebo všeobecných nemocnic, ve kterých byla léčba mnohem nákladnější, nebo například při krizi v Nevadě, která byla vyvolána nedostatkem psychiatrických lůžek a zapříčinila to, že se v amerických věznicích vyskytovala ve vyšší míře populace s duševním onemocněním.⁴⁹ Někteří autoři označují termínem transinstitucionalizace přesun pacientů z psychiatrických nemocnic do věznic,^{49–51} tento jev byl v zahraniční literatuře ověřován pod označením Penrosova hypotéza.

Penrosova hypotéza

V roce 1939 anglický psychiatr Lionel Penrose shromáždil data o počtu hospitalizací a počtu osob ve věznicích z 18 evropských zemí a jejich prostřednictvím poukázal na souvztáhnost mezi počty lůžek v psychiatrických nemocnicích, počty vězňů a zároveň na negativní korelaci počtu psychiatrických lůžek s počtem vražd.⁵² Penrosova hypotéza byla předmětem desítek výzkumů a studií, v nichž byly Penrosovy závěry opakovaně označeny za zjednodušující (srovnej např.^{53–57}). Systematická rešerše, která zkoumala Penrosovu hypotézu, popisuje, že studie snažící

se tuto hypotézu potvrdit byly zpravidla založeny na ekologických (observačních) studiích, vedly k protichůdným zjištěním a nemají nosná data, která by hypotézu potvrzovala; zároveň byla založena pouze na osobních pozorováních či úsudcích.²⁶

DISKUSE

Zahraniční zkušenost z Velké Británie, USA a Itálie z druhé poloviny minulého století ukazuje, že proces deinstitucionalizace v psychiatrii a paralelní zavádění služeb péče o duševní zdraví v komunitním prostředí je způsobem transformace péče, který navrácí důstojnost dlouhodobě nemocným. Deinstitucionalizace tedy nespočívá pouze v rušení psychiatrických lůžek, decentralizaci zařízení a zdrojů, ale představuje zásadní proměnu systému péče směrem k péči orientované na člověka a jeho jedinečnost v celkovém kontextu.⁵⁸ Efektivita deinstitucionalizace dlouhodobě hospitalizovaných pacientů byla potvrzena například ve snížení symptomů úzkosti a deprese, zlepšení v oblasti autonomie, socializace a vyjadřování vůle, a to bez zvýšené potřeby psychofarmak.²⁵ Z hlediska systémového pak bylo opakovaně dokázáno, že transformace psychiatrických služeb směrem do přirozeného prostředí pacienta přináší ve středně- až dlouhodobém horizontu příslib úspory nákladů spojených s čerpanými službami péče o duševní zdraví.^{31,32,34}

Z příkladů ve vybraných zemích je dále patrné, že bez vytvoření adekvátních podmínek v komunitním prostředí a bez dostatečného strategického plánování a finančního zajištění komunitních služeb lze jen obtížně transformovat a udržet kvalitní a dostupnou psychiatrickou péči. Oblast plánování je zásadní pro optimální nastavení změny, musí nutně zahrnovat nejenom pracovníky služeb, ale též otázky spojené s jejich adekvátním zázemím, informovaností veřejnosti, ale také náklady na budování nových služeb, a zejména pak zajištění jejich finanční udržitelnosti. Nešetření rizika, které se v případě nedostatečného plánování či nezajištění dostatečných personálních i finančních prostředků objevuje, jako například v USA, pak může saturovat další rizikové jevy, které mohou být podníceny nesytematickým rozvíjením psychiatrické péče. Systematické rušení psychiatrických lůžek a tranzice dlouhodobě hospitalizovaných pacientů se neobejde bez zajištění adekvátního a dostupného bydlení v různých typech pobytových zařízení komunitního typu, jako jsou domy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory a jiná pobytová zařízení.^{59,60} Přesun dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do komunitního prostředí, kde mají možnost žít v adekvátním, podporovaném či přechodném bydlení, je pro ně celkově prospěšný. Právě oblast bydlení, jakožto základní potřeby, se ukazuje jako klíčová při nastavování parametrů pro transformaci psychiatrické péče.²³ Toto potvrzuje i česká zkušenost, kdy psychiatrické hospitalizace často plní funkci sociálních hospitalizací, tedy poskytují střechu nad hlavou pacientům, kteří by jinak skončili bez domova.⁶¹

Deinstitucionalizace zásadně měnila strukturu psychiatrické péče a řada zemí vytvořila zákon o duševním zdraví, který nastolení procesu deinstitucionalizace proklamoval. Pro vybrané země (Velká Británie, Itálie a USA)

byl zákon o duševním zdraví hybnou silnou restrukturalizace psychiatrické péče. V současnosti platí ve Velké Británii revidovaný zákon o duševním zdraví z roku 2007, který pozměnil zákon z roku 1983 a který je společně se zákonem 180 v Itálii příkladem snahy o integraci a rehabilitaci lidí s duševním onemocněním v běžném prostředí. Důraz je kladen na dobrovolnost léčby osob s duševním onemocněním v komunitě a v integrovaných zdravotnických zařízeních, která jsou umístěna mimo psychiatrické léčebny. Expertní šetření mezi odborníky v péči o duševní zdraví, které v roce 2019 realizovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví, odkrylo, že oblast legislativy v ČR vyžaduje revize, které by zohledňovaly specifika duševního zdraví a nemoci. Mimoto neexistence separátního zákona o duševním zdraví je v kontextu ČR velkým tématem, jelikož jeho absence brání optimální implementaci nových služeb, které jsou v souladu s ideou deinstitucionalizace (zejména Center duševního zdraví).⁶² Příklad USA však ukazuje, že existence separátního zákona o duševním zdraví není nutným předpokladem úspěšné deinstitucionalizace. Jeho existence může proces deinstitucionalizace podnítit, není však zaručena jeho úspěšná realizace.¹²

Podpořit transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním lze také prostřednictvím detekčně-preventivních opatření. Včasné rozpoznání symptomů duševního onemocnění a včasné zahájení léčby je zásadní pro snížení doby neléčené nemoci a pro celkovou prognózu onemocnění,⁶³ napomáhá předejít riziku hospitalizace a rizikům spojeným s dlouhodobou hospitalizací. Stěžejní dopad mohou mít preventivní programy na školách zaměřující se na detekci rozvíjejícího se duševního onemocnění a podporu duševního zdraví a pohody (well-being), kam lze zařadit psychosociální intervence, jako jsou techniky všímavosti (mindfulness), sociálně-emoční učení, kognitivně-behaviorální terapie, jóga nebo tělesná imaginace.⁶⁴ Proces deinstitucionalizace je potřeba podpořit rozvojem terapeutických služeb, case-managementu, zdravotních nebo vzdělávacích služeb, které tato cílová populace potřebuje, a to v komunitních podmínkách.^{65,66} Jako efektivní

se dále ukazují intervence během propouštění a následně po propuštění; mají potenciál snižování opakovaných hospitalizací a zkracování délky hospitalizace, vedou ke zlepšení projevů symptomů a zlepšení kontinuity následné péče u propuštěných pacientů.⁶⁷

Většina studií zkoumajících souvislosti mezi procesem deinstitucionalizace a nežádoucími jevy, jako jsou rehospitalizace, sebevraždnost, bezdomovectví nebo přemístění do jiných typů institucí, má kořeny v obavách z neúspěšné deinstitucionalizace a tyto výzkumy nejsou zpravidla podloženy oficiálními zprávami a případovými studii.⁶⁸ Vedle společenských faktorů, jako je například rychlá globalizace, nárůst migrace, individualismus, odklon od tradiční rodiny, užívání nelegálních drog, mohou ke zvyšujícímu se počtu lidí s problémy s duševním zdravím přispět vlivy jako nezaměstnanost, bytová a pracovní situace, změny ve financování péče o duševní zdraví nebo související rozpočtové škrty.²⁶

ZÁVĚR

V kontextu probíhající reformy psychiatrické péče v ČR je zapotřebí předcházet rizikům, jako je transinstitucionalizace nebo fenomén otáčivých dveří, které jsou výsledkem neadekvátního nastavení procesu deinstitucionalizace. Toho lze dosáhnout zaváděním dostupných zdravotně-sociálních služeb a adekvátně nastaveného, finančně dostupného a podporovaného bydlení v komunitních podmínkách. Podpořit modernizaci psychiatrické péče dále lze prostřednictvím preventivně-detekčních služeb, které mají potenciál včasného rozpoznání prodromálních symptomů duševní nemoci a které napomůžou zabránit rozvoji závažného duševního onemocnění, a pomocí zdrojů neformální péče. Systematické kroky procesu deinstitucionalizace a změny s tím spojené je žádoucí reflektovat v legislativě. Revize stávajících legislativních opatření, případně vytvoření samostatného Zákona o duševním zdraví, by mohly být katalyzátorem procesu deinstitucionalizace, nicméně nezaručují jeho úspěch.

LITERATURA

- Bachrach LL. Deinstitutionalization: an analytical review and sociological perspective. US: National Inst. of Mental Health (DHEW) 1976; 017-024-00530-4.
- Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. BMC Psychiatry 2013; 13 (1): 169.
- Rogers A, Pilgrim D. A sociology of mental health and illness. London: Open University Press – McGraw-Hill Education 2014.
- Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ. Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. J Health Soc Behav 2000; 41 (1): 68–90.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry 2004; 185 (4): 283–290.
- Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. Br J Psychiat 2013; 202 (4): 246–248.
- WHO. Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization 2013. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ [staženo: 30. 5. 2019].
- Winkler P, Krupchanka D, Roberts T, Kondráťová L, Machů V et al. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. Lancet Psychiatry 2017; 4 (8): 634–642.
- NY TIMES. The crazy talk about bringing back asylums. The New York Times 2018. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2018/06/02/opinion/trump-asylum-mental-health-guns.html> [staženo: 27. 5. 2019].
- NY TIMES. A revived debate over asylums. The New York Times 2018. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2018/03/12/opinion/asylums.html> [staženo: 27. 5. 2019].
- Turner T. The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization. Psychiatry 2004; 3 (9): 1–4.
- Dumont MP, Dumont DM. Deinstitutionalization in the United States and

- Italy: A Historical Survey. *Int J Ment Health* 2014; 37 (4): 61–70.
13. Barbui C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst* 2018; 12: 43.
 14. Nicolò AM. Basaglia law. London: International Psychoanalytical Association 2019. Dostupné z: https://www.ipa.world/IPA/en/News/News_articles_reviews/Basaglia.aspx [staženo: 2. 4. 2019].
 15. The Health Foundation and The King's Fund. Making change possible: a Transformation Fund for the NHS: Research report 2015. Dostupné z: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-change-possible/mental-health-services> [staženo: 5. 11. 2019].
 16. Hamlin A, Oakes P. Reflections on deinstitutionalization in the United Kingdom. *J Policy Pract Intellect Disabil* 2008; 5 (1): 47–55.
 17. Winkler P. Ten, kdo zrušil léčebny. Basaglia před 40 lety prosadil reformu italské psychiatrie: ČT24; 2018. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/2645309-ten-kdo-zrusil-lecebny-basaglia-pred-40-lety-prosadil-reformu-italske-psychiatrie> [staženo: 5. 11. 2019].
 18. Winkler P, Kondrátová L, Kučera M, Palánová T. Zpráva z mapování kvality péče ve smyslu naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v českých psychiatrických nemocnicích; 2019. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2019/04/01/zprava-z-mapovani-kvality-pece-ve-smyslu-naplnovani-umluvy-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim-v-ceskych-psychiatrickych-nemocnicich/> [staženo: 28. 8. 2019].
 19. Winkler P, Mladá K, Krupchanka D, Agius M, Ray MK et al. Long-term hospitalizations for schizophrenia in the Czech Republic 1998–2012. *Schizophr Res* 2016; 175 (1–3): 180–185.
 20. Júnior JMP, Clementino FdS, Santos RCda, Vitor AF, Miranda FANd. Nursing and the deinstitutionalization process in the mental health scope: integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* 2017; 9 (3): 893–898.
 21. Winkler P, Csémy L, Janoušková M, Mladá K, Bankovská-Motlová L et al. Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *Eur Psychiatry* 2015; 30 (6): 801–806.
 22. Winkler P, Mladá K, Janoušková M, Weissová A, Tušková E et al. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51 (9): 1265–1273.
 23. Furlan PM, Zuffranieri M, Stanga F, Ostacoli L, Patta J et al. Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's psychiatric hospitals. *Psychiatr Serv* 2009; 60 (9): 1198–1202.
 24. Thornicroft G, Bebbington P, Leff J. Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2005; 56 (11): 1416–1422.
 25. Kunitoh N. From hospital to the community: the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 67 (6): 384–396.
 26. Winkler P, Barrett B, McCrone P, Csémy L, Janoušková M et al. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry* 2016; 208 (5): 421–428.
 27. Krieg RG. An interdisciplinary look at the deinstitutionalization of the mentally ill. *The Social Science Journal* 2019; 38 (3): 367–380.
 28. Okin RL, Pearsall D. Patients' perceptions of their quality of life 11 years after discharge from a state hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44 (3): 236–240.
 29. Okin RL, Borus JF, Baer L, Jones AL. Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (1): 73–78.
 30. Winkler P. Julian Leff o svých zkušenostech s deinstitutionalizací v Anglii a Walesu. *Psychiatrie* 2013; 17 (4): 205–213.
 31. Reinhartz D, Lesage AD, Contandriopoulos AP. Cost-effectiveness analysis of psychiatric deinstitutionalization. *Can J Psychiatry* 2000; 45 (6): 533–538.
 32. Rothbard AB, Kuno E, Schinnar AP, Hadley TR, Turk R. Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: a 3-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (6): 920–927.
 33. CRPDZ. Politika péče o duševní zdraví v ČR. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2005: 35. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast_1_1_3_05.pdf [staženo: 16.8.2019].
 34. Winkler P, Koeser L, Kondrátová L, Broulíková HM, Páv M et al. Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis. *Lancet Psychiatry* 2018; 5 (12): 1023–1031.
 35. Reinhard SC. Perspectives on the family's caregiving experience in mental illness. *Image J Nurs Sch.* 1994; 26 (1): 70–74.
 36. Rowe J. Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012; 19 (1): 70–82.
 37. Gerrard V. Can deinstitutionalisation on work? Mental health reform from 1993 to 1998 in Victoria, Australia. *Health Sociol Rev* 2005; 14 (3): 255–271.
 38. Gooding P. From deinstitutionalisation to consumer empowerment: mental health policy, neoliberal restructuring and the closure of the 'Big bins' in Victoria. *Health Sociol Rev* 2016; 25 (1): 33–47.
 39. Richmond K, Savy P. In sight, in mind: mental health policy in the era of deinstitutionalisation. *Health Sociol Rev* 2005; 14 (3): 215–229.
 40. Thompson EH, Doll W. The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Fam Relat* 1982; 31 (3): 379.
 41. WHO. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. Dostupné z: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 [staženo: 3. 4. 2019].
 42. Scheid TL. An Institutional Analysis of Public Sector Mental Health in the Post-Deinstitutionalization Era 2016; 17: 63–87.
 43. WHO. Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey. Geneva: World Health Organization 2014. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112829/9789241506816_eng.pdf [staženo: 9. 1. 2020].
 44. ÚZIS ČR. Národní registr hospitalizovaných. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Data zpracovaná Národním ústavem duševního zdraví, Klecany. Nepublikováno.
 45. Machado V, Leonidas C, Santos MA, Santos MA. Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. *Int Nurs Rev* 2012; 59 (4): 447–457.
 46. Garrido P, Saraiva CB. P-601 – Understanding the revolving door syndrome. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 1.
 47. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, Leszcz T, Taylor VH et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br J Psychiatry* 2013; 202 (3): 187–194.
 48. Winkler P, Mladá K, Csémy L, Nechanská B, Höschl C. Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: a nationwide case control study. *J Affect Dis* 2015; 184: 164–169.
 49. Sisti DA, Segal AG, Emanuel EJ. Improving long-term psychiatric care: bring back the asylum. *JAMA* 2015; 313 (3): 243–234.
 50. Prins SJ. Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of peo-

- ple with serious mental illnesses in the criminal justice system? *Community Ment Health J* 2011; 47 (6): 716–722.
51. Palermo GB. Transinstitutionalization and an overburdened judicial system. *Med Law* 1998; 17 (1): 77–82.
 52. Penrose LS. Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. *Br J Med Psychol* 1939; 18 (1): 1–15.
 53. Schildbach S, Schildbach C. Criminalization through transinstitutionalization: a critical review of the Penrose hypothesis in the context of compensation imprisonment. *Front Psychiatry* 2018; 9: 534.
 54. Large MM, Nielsens O. The Penrose hypothesis in 2004: Patient and prisoner numbers are positively correlated in low-and-middle income countries but are unrelated in high-income countries. *Psychol Psychother-T* 2009; 82 (1): 113–119.
 55. Hartvig P, Kjelsberg E. Penrose's law revisited: the relationship between mental institution beds, prison population and crime rate. *Nord J Psychiatry* 2009; 63 (1): 51–56.
 56. Mundt AP, Chow WS, Arduino M, Barrionuevo H, Fritsch R et al. Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990: does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry* 2015; 72 (2): 112–118.
 57. Blüml V, Waldhör T, Kapusta ND, Vyssoki B. Psychiatric hospital bed numbers and prison population sizes in 26 European countries: a critical reconsideration of the Penrose hypothesis. *PLoS One* 2015; 10 (11): e0142163.
 58. Toresini L, Mezzina, R. Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe. Praha: Fokus Praha 2017. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/vzdelavame/recenze-publikaci-a-filmu/213-za-zdmi> [staženo: 10. 7. 2019].
 59. Haberfellner EM, Grausgruber A, Grausgruber-Berner R, Ortmair M, Schony W. Deinstitutionalization of long-stay psychiatric patients in upper Austria – living situation, social and clinical characteristics more than one year after discharge. *Psychiatr Prax* 2004; 31 (4): 192–197.
 60. Farragher B, Carey T, Owens J. Long-term follow-up of rehabilitated patients with chronic psychiatric illness in Ireland. *Psychiatr Serv* 1996; 47 (10): 1120–1122.
 61. Kondrátová L, Chrtková D, Mladá K, Janoušková M, Štanglová A et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Čes a Slov Psychiat* 2018; 114 (4).
 62. Kasal A, Hubená B, Kondrátová L, Machů V, Winkler P. Dotazník zjišťování potřeb a preferencí pro Národní akční plán pro duševní zdraví v Česku 2020 až 2030: souhrnné výsledky. Nepublikováno.
 63. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (10): 1785–1804.
 64. Šouláková B, Kasal A, Butzer B, Winkler P. Meta-Review on the effectiveness of classroom-based psychological interventions aimed at improving student mental health and well-being, and preventing mental illness. *J Prim Prev* 2019; 40 (3): 255–278.
 65. Kliewer, SP, McNally M, Trippany, RL. Deinstitutionalization: its impact on community mental health centers and the seriously mentally ill. *Ala Couns Assoc J* 2009: 40–45.
 66. Braun P, Kochansky G, Shapiro R, Greenberg S, Gudeman JE et al. Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *Am J Psychiatry* 1981; 138 (6): 736–749.
 67. Steffen S, Kusters M, Becker T, Puschner B. Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120 (1): 1–9.
 68. Hudson CG. Deinstitutionalization of mental hospitals and rates of psychiatric disability: An international study. *Health Place* 2019; 56: 70–79.

OZNÁMENÍ

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

s potěšením Vám oznamujeme, že ve dnech 23.–25. dubna 2020 se v Psychiatrické nemocnici Jihlava bude konat tradiční sympozium biologické psychiatrie s názvem „Biologická psychiatrie 2020“. Bude zaměřeno na biologické markery a psychofarmakoterapii duševních poruch. Přednesena budou pouze vyžádaná sdělení. Přihlášku máte k dispozici ve svých počítačích na stránce <http://psych.lf1.cuni.cz/sbp/index.htm> v sekci Aktuality.

Na Vaši účast se těší

Výbor Společnosti pro biologickou psychiatrii
Výbor Sekce biologické psychiatrie PS ČLS JEP